

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N^o 255

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Edouard-Joseph-Marie-Paul CUNY

Né à Paris, le 11 juin 1886

Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

THROMBOSES VARIQUEUSES DU MEMBRE INFÉRIEUR

Président : M. SEGOND, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1911



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

255

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Edouard-Joseph-Marie-Paul CUNY

Né à Paris, le 11 juin 1886

Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

THROMBOSES VARIQUEUSES DU MEMBRE INFÉRIEUR



Président : M. SEGOND, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DELAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETERERH
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
THROMBOSES VARIQUEUSES DU MEMBRE INFÉRIEUR

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, c'est pour nous un devoir bien doux de témoigner notre reconnaissance à nos maîtres des Hôpitaux qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils et nous faire profiter de leurs enseignements.

Nous remercierons tout d'abord M. le D^r Chaput, qui, au début de nos études, nous initia à la petite chirurgie, et M. le D^r Letulle, qui nous enseigna les premiers éléments du diagnostic médical.

M. le D^r Le Noir voulut bien nous accueillir dans son service lors de notre première année d'externat; nous le remercions vivement de son enseignement clinique et de ses bonnes leçons. M. le D^r Klippel nous fit connaître les maladies du système nerveux : qu'il reçoive ici l'expression de notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

M. le Dr Potherat, après nous avoir fait l'honneur de nous accepter comme externe dans son service, nous a initié à la saine clinique chirurgicale et à toutes les interventions de pratique courante, c'est à lui que nous devons les documents et les observations nécessaires à l'édification de ce travail. Nous nous rappellerons toujours avec bonheur son enseignement et sa bienveillante sollicitude à notre égard ; à tous ces titres, et à un autre plus particulier, nous lui adressons l'hommage de notre profonde reconnaissance.

M. le Dr Potocki nous a révélé l'art des accouchements et nous nous rappellerons toujours avec plaisir ses bonnes leçons.

Nous n'avons pu connaître que trop rapidement MM. les Drs Jean Camus, professeur agrégé à la Faculté de Médecine ; de Massary, médecin des Hôpitaux ; Guibé, chirurgien des Hôpitaux, que le hasard des remplacements nous a donnés comme chefs de service ; qu'ils veuillent bien agréer ici l'expression de notre respectueux dévouement.

M. le professeur Segond a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse : nous le prions d'agréer ici l'hommage de notre bien vive reconnaissance.

INTRODUCTION

Tout le monde sait à l'heure actuelle quel résultat favorable est susceptible de suivre, dans la majorité des cas, l'intervention chirurgicale pratiquée comme traitement curatif des thromboses variqueuses du membre inférieur. Depuis la découverte de l'asepsie chirurgicale, ce traitement a été remis en honneur, car il avait été préconisé dès les temps les plus reculés. A l'heure actuelle, il a donné entre les mains d'un certain nombre de chirurgiens des résultats absolument remarquables, qui justifient jusqu'à un certain point sa généralisation, à part quelques cas spéciaux. En particulier notre maître, M. le Dr Potherat, a pratiqué un certain nombre d'interventions, toutes couronnées de succès, chez des malades présentant des thromboses variqueuses très rebelles à un traitement médical, et qui toutes guérissent après l'intervention.

Si l'on examine au point de vue histologique certains paquets variqueux du membre inférieur, on peut constater que ces varices s'accompagnent très souvent de thrombose. En plus de la dilatation et de l'hypertrophie des parois veineuses, on trouve des lésions caractérisées par la formation d'un thrombus, caillot sanguin adhérent à

l'intérieur de la veine et s'accompagnant d'altérations plus ou moins marquées de l'endothélium.

Une fois la lésion de thrombose définitivement constituée, elle peut présenter deux grands inconvénients.

Tout d'abord elle est très rebelle, même à un traitement médical prolongé, et nécessite, pour la résorption complète du caillot, une immobilisation très longue, pouvant durer deux ou trois mois, le plus ordinairement et souvent bien davantage. On comprend alors combien ce long repos doit être préjudiciable à des malades obligés de travailler et combien, d'autre part, il peut être désagréable, même chez des personnes d'une situation aisée, de se voir condamner pendant une longue période à immobiliser le membre variqueux.

Donc, cette immobilisation prolongée, par sa seule durée, par le repos absolu qu'elle impose aux malades, par le trouble considérable qu'elle apporte dans leurs occupations et leur vie sociale, constitue par elle-même un très grave inconvénient. Et si par un traitement quelconque cet inconvénient pouvait être supprimé ou allégé, ce serait un bénéfice très appréciable.

Mais il y a plus.

Une autre complication, plus grave, consiste dans la possibilité toujours menaçante d'une embolie mortelle, pouvant survenir inopinément sous l'influence de causes minimales ou même spontanément sans l'intervention d'aucune cause appréciable. Si, en effet, à cette période, l'on imprime au malade le moindre mouvement, des accidents graves sont à craindre. Ce mouvement peut se

répercuter au niveau des varices thrombosées, détacher le caillot obturateur, et celui-ci se trouve alors lancé dans la circulation générale, il atteint le cœur droit ou l'une des branches de l'artère pulmonaire. Il ne rentre pas dans le cadre de ce travail d'étudier les différentes formes des embolies pulmonaires, mais on sait que la mort subite y est fréquente, car l'embolie est susceptible de supprimer brusquement le champ de l'hématose dans tout un lobe du poumon, ou du moins dans un territoire important de cet organe. Il s'agit donc là d'un accident dont la cause première remonte à la thrombose veineuse et dont la gravité est particulièrement grande puisqu'il peut entraîner la mort.

Pour toutes ces raisons, immobilité prolongée, possibilité toujours menaçante d'une embolie pulmonaire rapidement mortelle, il importe, d'agir si possible en temps opportun pour supprimer d'une façon radicale le foyer de thrombose variqueuse, dès qu'on en a établi le diagnostic avec certitude.

Dans la première partie de ce travail, après un aperçu historique de la question, nous esquisserons l'étude clinique de thromboses variqueuses; dans la seconde, la plus importante, nous passerons en revue les différents procédés opératoires employés, nous en poserons les indications et les contre-indications, nous en ferons connaître les résultats, enfin nous tirerons les conclusions qui découleront de cette étude.

Nous baserons notre travail sur les documents que nous fournit la littérature médicale et sur des observations personnelles encore inédites.

Notre vénéré maître M. le Dr Potherat, a bien voulu nous autoriser à apporter à l'appui de cette thèse quelques observations prises dans son service et d'autres qu'il nous a fournies, provenant de son service à N.-D. de Bon-Secours, nous le prions d'agréer ici l'expression de notre bien vive gratitude.

BUT QUE SE PROPOSE L'INTERVENTION

Prenons pour commencer un exemple clinique : un malade se présente au chirurgien, porteur de dilatations variqueuses siégeant sur le trajet des saphènes, en particulier de la saphène interne et de ses collatérales. Le malade, pendant quelques semaines, n'a prêté aucune attention au développement progressif de ses varices ; il a continué son travail sans se préoccuper, ni des douleurs lancinantes causées par les lésions des *nervivisorum*, ni de la possibilité d'accidents ultérieurs, rupture brusque du vaisseau dilaté ou formation d'un ulcère variqueux très rebelle au traitement. A un moment donné, frappé de la dilatation persistante des paquets variqueux, il se présente au chirurgien qui reconnaît la formation d'ampoules dures au toucher, adhérentes au plan profond. Il s'est donc formé, en ce point, un processus de thrombose veineuse susceptible de donner lieu à des accidents graves.

Quelle doit être alors la conduite du chirurgien ? Il est évident que son diagnostic posé, il a le devoir de ne pas retarder plus longtemps le moment d'agir et de faire bénéficier son malade de l'intervention qui, bien conduite, visera deux indications bien distinctes : supprimer la pos-

sibilité d'embolies mortelles et éviter au patient les ennuis d'une immobilisation prolongée.

Nous allons donc passer en revue les différentes interventions pratiquées depuis un siècle environ pour empêcher l'embolie mortelle. Cette indication devient, en effet, d'une urgence absolue dès que le clinicien a reconnu, à son début, un processus de thrombose. Si, en effet, on laisse évoluer un thrombus, le malade est à la merci d'une embolie menaçante sous l'influence du plus léger mouvement. Il est, tout au moins, condamné à une très longue immobilisation.

Nous étudierons successivement :

a) La ligature simple.

b) Les ligatures multiples.

c) Les ligatures avec résections partielles.

d) Enfin la résection totale des veines malades, fussent-elles thrombosées.

Ces trois premiers modes d'intervention visent tous au même but, qui est de supprimer la cause des embolies pulmonaires entraînant la mort subite; le quatrième se propose, en outre, une fin toute particulière. Il permet au malade d'être débarrassé en très peu de temps de ses paquets variqueux thrombosés, sans attendre pour cela une longue période d'immobilisation au lit.

HISTORIQUE

Si nous essayons de reconstituer l'histoire des interventions pratiquées pour des thromboses variqueuses, nous voyons qu'elle remonte à des temps très reculés, témoin l'opération pratiquée sur Marius, au dire des classiques.

Au ^{xvi}^e siècle AMBROISE PARÉ avait proposé la cautérisation au niveau des papets variqueux ; il se servait le plus souvent d'un simple cautère, qu'il renouvelait pour entretenir la supposition.

Plus près de nous, FOLLIN et DUPLAY recommandent le sparadrap au chlorure de zinc, destiné à produire sur les dilatations variqueuses une révulsion énergique.

Malgré toutes ces tentatives, ce n'est que depuis l'avènement de la chirurgie antiseptique que le traitement chirurgical des thromboses variqueuses a pris son plus grand développement. Avant cette époque il n'était basé que sur des données empiriques, et non sur des doctrines physiologiques nettement établies.

Depuis une vingtaine d'années au contraire, l'excision pure et simple des thromboses variqueuses est devenue une opération bénigne. Les anciens procédés de cautérisation et de dénudation de la saphène ont été complètement

délaissés pour faire place à des interventions plus complètes parmi lesquelles nous citerons surtout :

La ligature simple;

Les ligatures multiples;

Les ligatures avec résection partielle;

La résection totale des varices thrombosées.

La thérapeutique pathogénique des varices s'appuyait sur un certain nombre de travaux : verneuil avait montré, en effet, la coexistence des varices profondes avec les varices superficielles. De son côté TRENDELENBURG, dans une mémoire de 1890, avait bien mis en relief le rôle de l'insuffisance valvulaire et de ses conséquences dans la genèse des thromboses variqueuses. Les chirurgiens pratiquèrent d'abord la ligature simple ou opération de Trendelenburg, puis la section et même la résection entre deux ligatures.

En Allemagne, l'opération de Trendelenburg eut un grand succès dès le début. En France, malgré les travaux de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE l'intervention eut de nombreux détracteurs, et le professeur QUÉNU écrivait en 1890 (Traité de chirurgie Duplay-Reclus) : « Ce n'est que pour des douleurs tenaces ou des hémorragies que l'intervention est justifiée ».

En juin 1890, CERNÉ de Rouen, avait, pour guérir un large ulcère variqueux, extorpié un paquet variqueux au-dessus du condyle et réséqué une portion de saphène.

MONTAZ, de Grenoble, dans un travail analysé par M. Ricard (Gazette des hôpitaux 1890) avait étudié les indications, les conditions, la technique opératoire de la cure radicale des varices. Il donne à l'opération deux

indications très nettes; les ruptures variqueuses et les ulcères. Pour M. Ricard; l'opération est indiquée d'une façon plus pressante chez les malades obligés de travailler, chez qui la résection des varices thrombosées et la formation d'un bas élastique naturel amènent une compression uniforme du membre malade.

Mais dès cette époque, malgré la justesse des indications et les expériences favorables dont-elle était l'objet, la méthode de Trendelenburg n'acquiesça pas grand succès lors de son apparition. Partout on chercha à la compléter. Les résultats immédiats de l'intervention se montraient favorables dans la plupart des cas, mais il n'en était pas de même des résultats éloignés. La variété de la technique opératoire n'avait d'égale que son insuffisance.

C'est alors pas de nouveaux auteurs entrent en scène. Ils ont battu en brèche l'opération type de Trendelenburg c'est-à-dire la ligature pure et simple de la saphène interne à son embouchure. En effet, tout en supprimant la communication entre le foyer de thrombose et le cœur droit, elle abandonnait à elles-mêmes les veines thrombosées.

Les auteurs qui vont suivre au contraire se sont ingénies à compléter par divers procédés, l'opération de Trendelenburg. Ils firent porter la résection au-dessus du condyle interne ou sur le tiers inférieur de la saphène ; pour éviter la récurrence par les veines anastomotiques ils conseillèrent l'incision oblique ou transversale permettant de découvrir et de réséquer tout le réseau veineux superficiel.

Dans une thèse de 1892 à laquelle nous ferons quelques

emprunts. CHARRADE, élève de M. Schwartz, étudie déjà une intervention un peu plus complète ; il propose de poser une ligature au niveau de l'embouchure de la saphène et deux autres, l'une au milieu de la cuisse, l'autre à la hauteur du condyle interne. Mais ce n'est pas tout à ces ligatures multiples il associe la résection partielle des varices thrombosées, résection qui devra dépasser largement, en haut et en bas, les limites de la lésion. M. Schwartz a d'ailleurs repris ces idées au congrès de chirurgie de 1898.

A la même époque. CHALOT préconise la ligature haute pour ménager l'anostomose entre les deux saphènes, probablement pour créer une dérivation efficace dans le tour de la saphène externe :

SOLDANI en 1894, revient aux ligatures multiples de Montaz, et les associe à des résections partielles ; on observe d'ailleurs à cette période un revirement assez net en faveur de ces résections, intervention qui a l'avantage de supprimer directement les foyers de thrombose.

FAISST recommande la ligature au niveau du triangle de Scarpa, de façon à éviter le rétablissement de la circulation par les collatérales ; il conseille de lier également la saphène externe.

D'autres auteurs plus hardis résignent des portions saines de la saphène, pour éviter la pression de haut en bas.

STUDGAARD conseille de sectionner la veie entre deux ligatures, placées aussi haut que possible immédiatement au-dessous de l'embouchure fémorale.

M. SCHWARTZ, en 1902, proclame la supériorité des ligatures étagées sur la cuisse et sur la jambe, combinées ou

non à l'extirpation des paquets variqueux les plus saillants.

En 1903, JABOULAY, de Lyon, avait déjà pratiqué la saphénectomie totale ; la même année M. Ricard présentait à la société de chirurgie une saphène variqueuse énorme enlevée tout entière d'un seul tenant.

GÆRBLICH, en 1884, étudie les résultats de la ligature des saphènes ; il cherche à résoudre le problème à l'aide d'un grand nombre de cas. Le meilleur procédé dit-il, est l'incision transversale à la partie supérieure de la cuisse avec double ligature et résection d'un tronçon de la saphène ».

Viannay, chirurgien des hôpitaux de Saint-Étienne, fait une étude critique très détaillée de tous les procédés ; il arriva à cette conclusion : Toute intervention portant sur un seul point de la veine est inefficace et illusoire, à l'exception toutefois de la résection haute dans le triangle de Scarpa.

Robert Miller, en 1907, donne la préférence, sur toutes les autres interventions, à une résection légère de la veine au-dessus de son embouchure,

La même année, le professeur Delbet mit en évidence l'insuffisance de la valvule ostiale de la saphène, en lui faisant jouer un rôle prépondérant au point de vue pathogénique ; il anastomose directement la saphène interne dans la fémorale au-dessous du premier étage valvulaire de celle-ci.

Enfin, en 1910, Robinson conseille la ligature de certaines veines abdominales ou génitales implantées sur la crosse de la saphène interne ; pour lui, ces veines

affluentes produisent dans le tronc saphène un excès de pression contre lequel il faut agir.

Un bon même aide sur la question est celui de MM. Terrier et Alglave paru dans la Revue de chirurgie de 1906. Ces auteurs conseillent et considèrent comme seule intervention complète la saphénétomie totale. Aussi quand nous étudierons la technique opératoire, leur emprunterons-nous la description de leur méthode.

Ces différents procédés, que nous venons de passer en revue, dans ce résumé historique, se sont proposé, en s'appuyant sur une pathogénie d'ailleurs variable, d'obtenir la guérison, la disparition même des varices. Le but recherché, c'est la cure radicale. Or, ce but, quelle que soit la théorie pathogénique adoptée, les ligatures simples ou multiples, avec ou sans résections partielles, ne peuvent l'atteindre. Théoriquement, la méthode de la saphénectomie totale peut seule réaliser cette œuvre radicale, et encore n'y parvient-elle pas toujours dans la pratique d'une manière absolue.

En recherchant la cure radicale, ces méthodes, évidemment, devaient mettre les malades à l'abri des accidents des varices ; mais en fait, elles ne visèrent pas la cure de l'un des plus graves parmi ces accidents, nous voulons parler particulièrement de l'inflammation avec thrombose. Et, plus d'un opérateur, prêt à intervenir contre des varices non compliquées, à cru devoir déposer l'arsenal chirurgical en présence de thromboses variqueuses étendues à un long segment de veine ou même localisées en foyer. Or, s'il est intéressant de pouvoir, par une opération en quelque sorte prophylactique, épargner au malade les inconvé-

nients et les risques de la thrombose, il importe au plus haut point de pouvoir guérir rapidement et sans risques, alors que cette même thrombose est constituée.

Eh bien, cette guérison est parfaitement réalisable par l'intervention chirurgicale; c'est ce que nous nous efforcerons, après quelques autres, et avec l'aide de nos documents personnels, de démontrer dans la suite de ce travail. Et nous avons l'espoir de mettre en évidence cette vérité, que si vive que soit l'inflammation de la veine variqueuse, si étendue que soit la thrombose dans son intérieur, le traitement chirurgical peut toujours être mis en œuvre, et donner au prix de risques nuls ou insignifiants; une guérison sûre, rapide et durable. Il répond donc ainsi d'une manière victorieuse, au double *desideratum* exposé au début de ce travail, à savoir:

a) Mettre le malade à l'abri d'accidents graves à l'abri de la mort elle-même;

b) Abréger considérablement le temps si long de l'immobilisation nécessaire à la résolution de l'inflammation et du caillot.

TECHNIQUE DE L'INTERVENTION

Les différents procédés d'intervention opératoire de la cause radicule des thromboses variqueuses, sont variables suivant les auteurs et aussi suivant le degré des lésions que présente le malade. Aussi, au début, les chirurgiens se sont-ils surtout préoccupés d'éviter l'embolie en interceptant les communications entre le cœur et le foyer de thrombose, puis ils ont voulu pallier aux inconvénients que présente pour le malade une immobilisation prolongée.

Nous examinerons en détail les différentes interventions qui ont été proposées dans ce but. Nous les classerons suivant leurs indications pathogéniques et thérapeutiques.

Tout d'abord nous mettrons de côté après les avoir exposées brièvement, deux opérations ne s'inspirant d'aucune doctrine physiologique. l'opération de Cecca et la résection de la peau pratiquée par M. Schwartz.

La première ne fut pratiquée que par Cecca et par Viannay, mais ces deux auteurs procèdent d'une façon différente.

Cecca découvre la veine par une longue incision, fait l'aponévrose parallèlement à la veine et la décolle à droite et à gauche de celle-ci. S'il rencontre une collatérale qui gêne le décollement, il fend l'aponévrose parallèlement à cette collatérale sans la disséquer ni la lier. Puis il suture

l'aponévrose par-dessus la veine et ses collatérales et réunit la peau.

Viannay dissèque la veine, lie ses collatérales, pour en obtenir la mobilisation complète et facile. Puis il incise l'aponévrose pour y enfouir la veine saphène, et réunit par dessus l'aponévrose et la peau.

Plusieurs chirurgiens, entre autres M. Schwartz, ont cherché à comprimer les vaisseaux variqueux. Et pratiquant des saphénectomies partielles, ils ont réséqué, outre les segments vasculaires malades, un lambeau cutané en forme de losange de façon à former un bas élastique naturel qui maintiendrait d'une façon uniforme le membre variqueux.

La résection cutanée, telle qu'elle est pratiquée ici, présente ses indications et ses contre-indications. Si les varices thrombosées adhèrent intimement à la couche cutanée ; que celle-ci soit animée, atteinte dans sa nutrition et son innervation, fatalement vouée au sphacèle, il faudra la réséquer, et même dépasser aussi largement que possible les limites du mal.

Mais ce n'est pas un temps opératoire indispensable, car la suture de l'incision, après une résection étendue, est difficile et peut lâcher facilement ; puis, le manchon cutané trop étroit arrive parfois à comprimer le membre malade et devient ainsi la cause de douleurs et d'œdème très pénibles pour le patient.

D'autres interventions, au contraire, sont basées sur la pathogénie des varices et permettent de s'attaquer directement aux inconvénients des thromboses variqueuses. Nous passerons en revue ces divers modes opératoires, nous

en décrirons avec soin la technique et les conditions. Tout d'abord il convient de dire un mot pour l'éliminer de notre cadre, de l'opération de Parona. Cet auteur s'appuyant sur la théorie de Verneuil qu'il n'existe pas de varices superficielles sans être précédées de varices profondes, propose la ligature de la veine au niveau du creux poplité. Cette théorie, malheureusement, ne s'appuie sur aucun fait anatomique et physiologique; aussi doit-elle être abandonnée au point de vue pratique et ne joue-t-elle que le rôle d'une expérience dans le traitement chirurgical des thromboses variqueuses.

Nous étudierons ici d'une manière détaillée un certain nombre d'interventions aujourd'hui couramment employés, tant pour empêcher la migration embolique que pour supprimer radicalement le foyer variqueux, siège du processus embolisant.

Il nous faut donc passer en revue 4 procédés principaux.

Ligature unique;

Ligatures multiples;

Ligatures avec résections partielles;

Résection totale des paquets variqueux thrombosés.

1° Ligature unique :

La ligature unique, procédé le plus simple, a été pratiquée suivant différentes méthodes par les anciens chirurgiens. A l'heure actuelle, la technique opératoire est différente. Elle permet d'oblitérer directement la saphène interne et de parer aux dangers d'une embolie mortelle, en supprimant d'une façon radicale toute communication entre le cœur droit et le foyer de thrombose.

Le premier procédé, ou ligature percutanée, décrit en

1890 par M. Montaz de Grenoble, était précieux avant l'asepsie, quand la crainte de l'infection empêchait d'intervenir plus largement. Le chirurgien, muni d'une aiguille courbe dans le chas de laquelle il passe un crin de Florence, pique la couche cutanée près de la veine, passe sous le vaisseau et ressort le plus près possible du point d'entrée. Le crin est serré fortement sur le vaisseau et la peau, et en assure la constriction. Vu la rapidité de l'intervention, l'anesthésie pourra être supprimée.

Les précautions sont très simples : une désinfection soigneuse des instruments, d'une part ; du champ opératoire de l'autre mettra à l'abri de tout accident.

La méthode de la ligature à ciel ouvert, vraiment chirurgicale, a été pratiquée couramment depuis les travaux de Schwartz et de Trendelenburg : c'est à ces deux auteurs que revient surtout le mérite de sa vulgarisation. Aussi leur manuel opératoire retiendra-t-il plus longtemps notre attention, car il exige une description détaillée et diffère son exécution chez chacun d'eux.

M. Schwartz a, le premier, en 1888, posé les indications et décrit la technique de la ligature des saphènes. Il faut disséquer avec soin à l'aide de sonde cannelée, la veine saphène interne. L'isoler des couches cutanées et aponévrotiques sus et sous-jacentes, et en poursuivre la dénudation sur 5 à 6 centimètres de longueur. Le chirurgien pose une ligature au catgut sur cette veine, soit au tiers moyen de la cuisse, soit plutôt comme le veut Trendelenburg au niveau de son embouchure ; nous reviendrons tout à l'heure sur ce point. Puis il suture la peau au crin de Florence et applique sur la plaie un pansement aseptique.

Trendelenburg, en 1890, préconise la ligature de la saphène interne à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la cuisse, là où la dilatation veineuse est le plus accentuée. Ce chirurgien se proposait surtout de combattre l'insuffisance valvulaire et d'éviter le poids de la colonne sanguine sur les vaisseaux variqueux thrombosés. Cette intervention, tout en différant peu de celle de M. Schwartz, a été le point de départ de toute une série de variantes, constituées par les ligatures et les résections étagées que nous étudierons plus loin.

Trendelenburg pratique de plus la résection de la veine entre deux ligatures, c'est un procédé que nous décrirons dans un instant, en parlant des ligatures multiples.

La ligature simple de la saphène interne présente donc un grand avantage ; elle réduit au minimum le choc opératoire, n'entraîne pas l'anesthésie générale, et peut suffire quand la thrombose est légère. Mais à l'heure actuelle avec l'asepsie chirurgicale, elle ne constitue plus qu'un palliatif et doit céder le pas à une opération plus radicale.

2 Ligatures multiples

Le plus souvent quand on se trouve en face d'un paquet variqueux très induré volumineux, devenant le siège d'une thrombose, la ligature simple ne suffit pas. Aussi certains chirurgiens, tels que M. Schwartz et Trendelenburg, ont-ils proposé la méthode des ligatures multiples, qui offre plus de sécurité, car elles empêchent la saphène de redevenir perméable.

Les indications de ligatures multiples sont bien nettes. Prenons par exemple une saphène variqueuse thrombosée sur une certaine étendue : il se forme sur son trajet de véritables ampoules dont les parois sont altérées, épaissies, infiltrées. Dans leur intérieur on trouve l'endothélium veineux complètement desquamé, adhérent à des caillots fibrineux et formant parfois des embolies dans la lumière du vaisseau. Si nous laissons alors évoluer le processus, il menace de s'étendre à un long segment du tronc saphène vingt-cinq et trente centimètres dans certains cas. En présence de ces faits, il convient de remplir deux indications principales : arrêter le processus de thrombose qui menace de s'étendre, et mettre le malade à l'abri d'une embolie mortelle toujours menaçante.

Ces deux indications, les ligatures multiples les remplissent bien. Dès 1892 M. Schwartz avait montré les avantages de la ligature étagée de la saphène interne. Il découvre la veine sous le couvert de l'anesthésie générale ; mais de préférence avec l'anesthésie locale, à la cocaïne, par une incision d'environ 10 centimètres, glisse sous le vaisseau deux fils de catgut qu'il espace de deux ou trois centimètres. Ceci fait, il soulève le membre pour vider les varices, puis serre et noue ses fils ; enfin il sectionne les segment veineux compris entre les deux ligatures.

Il ne s'agit ici que d'une ligature double avec section, mais M. Schwartz, au congrès de chirurgie de 1898, insistait sur les bons résultats qu'il avait obtenus par les ligatures étagées. Il recommandait entre autres de faire les quatre ligatures suivantes :

a) Immédiatement au-dessous de l'abouchement de la saphène dans la veine générale ;

b) Au milieu de la cuisse ;

c) Au-dessous du condyle interne du fémur ;

d) Au-dessous du condyle interne du tibia.

M. Schwartz proposait aussi dans certains cas, de combiner à la ligature étagée, l'excision de grands lambeaux cutanés et la résection des varices sous-jacentes ; parfois même il a pratiqué la résection de paquets variqueux qu'il trouvait sur le trajet de la saphène interne.

Il est évident que les points d'où partent les ligatures représentent en quelque sorte des points d'élection, ou ces mêmes ligatures réalisent dans la plupart des cas une intervention parfaite. Mais dans la pratique il en est parfois autrement : les segments variqueux thrombosés peuvent être très disséminés et couvrir toute la face interne de la cuisse et de la jambe. Il faut alors poser les ligatures au delà des points thrombosés afin de protéger les segments vasculaires sains contre la dissémination embolique.

Les soins post-opératoires dans ce cas encore seront très simples : comme dans le cas précédent et sauf complication, l'opéré pourra se lever 3 à 4 semaines après l'intervention.

Les ligatures multiples ou étagées, telles que les pratique M. Schwarz, peuvent rendre de grands services dans les thromboses limitées, atteignant des segments veineux relativement courts, de 10 à 15 centimètres au maximum ; elles ont de plus l'avantage de ne nécessiter

qu'une anesthésie locale quand l'incision cutanée ne dépasse pas 10 centimètres. Mais cette intervention doit aujourd'hui céder le pas à des opérations plus hardies que nous allons passer en revue ; et ne sauraient constituer qu'un traitement palliatif.

3° Ligatures avec résection partielle

A côté de ces deux procédés chirurgicaux, qui n'ont plus qu'un intérêt secondaire depuis la découverte de l'asepsie, la résection partielle mérite de nous arrêter un peu plus longtemps. Aussi bien par les auteurs, qui l'ont préconisée que par ses résultats remarquables, elle doit attirer soigneusement notre attention.

Disons donc un mot de ses indications, puis étudions les divers modes opératoires proposés par les auteurs.

Cette méthode d'intervention vise un but plus complet que les précédentes. Il ne suffit pas en effet, d'empêcher la migration toujours possible des caillots emboliques, d'intercepter toute communication entre la circulation générale et le foyer de thrombose. Une fois cette indication remplie, tout danger semble au premier abord conjuré, mais le foyer de thrombose n'en persiste pas moins et menace de s'étendre atteignant ainsi des segments vasculaires sains. Les premiers chirurgiens qui employèrent ce procédé s'ingénierent à supprimer par une résection bien conduite, les segments veineux malades.

Au point de vue du manuel opératoire, nous distinguerons avec M. Mauclore, dans son rapport au congrès de chirurgie de 1910, trois opérations principales.

- a) La résection limitée;
- b) La résection étendue;
- c) La résection subtotalé.

La résection partielle en étages a été surtout conseillée par M. Schwartz et par Trendelenburg.

Dès 1837, Rima de Venise fit la résection de 3 centimètres de la saphène près de l'arcade crurale; il note une certaine proportion de guérisons.

La technique opératoire nous a été fixée par M. Schwartz dans la lettre de Charrade (1892); aussi écrivons-nous en détail le manuel opératoire adopté par cet auteur.

Le malade ayant été purgé la veille, il faudra lui raser le membre variqueux et le recouvrir de compresses humides; il sera mis à la diète le jour de l'opération. On préparera et l'on fera bouillir les instruments nécessaires. Pour l'anesthésie on se servira d'une solution de cocaïne 1/200 et d'une seringue stérilisée. Si l'opération est de longue durée on pourra employer le chloroforme.

Avant de faire monter le malade sur la table d'opération, on pourra le faire marcher pour accuser la saillie des paquets variqueux, ou, dans le même but serrer la racine du membre avec une bande élastique.

Puis le chirurgien et ses aides se désinfectent avec soin les mains et les avant-bras, et lavant minutieusement le champ opératoire à l'eau et au savon d'abord, puis à l'alcool et à l'éther en dépassant largement les limites de l'intervention.

Cela fait, après anesthésie locale assurée par des injections sous-cutanées de cocaïne le long du vaisseau malade, le chirurgien pratique une incision cutanée de cinq à

dix centimètres de long par-dessus le trajet du vaisseau.

Cette incision est parfois difficile. Dans certains cas, on effret, la couche cutanée extrêmement mince atteint à peine 1 cm. d'épaisseur et le chirurgien risque de blesser un vaisseau dilaté, ce qui génèrait la dissection des paquets variqueux thrombosés. Dans d'autres circonstances, au contraire, la peau épaisse, frappée dans sa nutrition et atteinte d'œdème chronique, adhère aux vaisseaux malade et en rend l'isolement très difficile.

Si donc le chirurgien veut pratiquer la résection d'un segment veineux thrombosé, il devra en poursuivre la dénudation le plus loin possible car il trouve souvent des collatérales qui s'en détachent et sur lesquelles il devra poser une ligature. Il convient, en outre de pratiquer la ligature au-dessus et au-dessous de la tumeur variqueuse sur un segment vasculaire sain.

La résection veineuse étant ainsi pratiquée on suture la peau avec des crins de Florence, on la recouvre de gaze stérilisée d'ouate hydrophile et d'un pansement compressif. Le malade ne doit présenter les jours suivants aucune réaction thermique, ni fièvre ni douleur. Au huitième jour on trouve une réunion par première intention permettant d'enlever les fils. Les veines thrombosées sont alors remplacées par une ligne de suture qui se cicatrise rapidement au bout de dix à douze jours s'il n'y a pas de suppuration. Au bout de quinze jours après l'intervention le malade peut marcher, et quitter l'hôpital après trois semaines, dans les cas favorables.

Mais il faudra lui recommander d'éviter les trop grandes fatigues pendant un ou deux mois. En effet, chez les

malades obligés de travailler, il n'y pas intérêt, au point de vue des résultats éloignés de l'intervention, à ce qu'ils reprennent trop tôt leur vie de surmenage. Il faudra insister pour qu'ils portent encore quelques semaines après l'intervention des bandes de flanelle autour du membre opéré, pour comprimer d'une façon uniforme le réseau veineux superficiel et en prévenir la dilatation dans la mesure du possible.

La résection étendue et la résection subtotalale peuvent être décrites en même temps au point de vue du manuel opératoire. Ces deux interventions ont été pratiquées surtout par M. Schwartz, Quénu, Rémy, Ricard, Reynier, Terrier et Algave: ces divers auteurs ont employé exclusivement la voie sous-cutanée.

Elles offrent sur l'opération précédente le grand avantage de permettre la résection des vaisseaux thrombosés sur une certaine longueur, et de diminuer aussi les chances de récidence. A l'heure actuelle, on ne pratique plus que la ligature à ciel ouvert, qui permet de voir à coup sûr ce que l'on fait et de ne lier qu'un vaisseau isolé, libéré de toute adhérence. L'incision se prolongera suivant les cas, du triangle de Scarpa au condyle interne du fémur; on empiètera sur le trajet jambier de la saphène, ou sur le tiers supérieur de la jambe. On commence par lier le vaisseau au voisinage de son embouchure, on le dissèque de haut en bas puis on lie et on excise les collatérales et les communicantes qui viennent y aboutir.

La résection pourra porter également sur le trajet cruro-jambier de la saphène, à partir du tiers moyen ou du tiers

inférieur de la cuisse jusqu'à la malléole externe. Dans le même ordre d'idées, la résection de la saphène externe partira du creux poplité pour aboutir à la malléole externe. Nous n'insisterons pas sur le procédé opératoire déjà décrit plus haut ; dans tous les cas, la suture cutanée sera faite au crin de Florence. Le malade pourra presque toujours se lever au bout de trois semaines et quitter l'hôpital un mois après l'intervention.

Ces résections partielles présentent le grand avantage de ne pas dépasser sensiblement les limites de la lésion, de bien circonscrire la partie malade et de respecter les segments vasculaires sains. Mais on peut lui faire un reproche ; il est très difficile, parfois impossible de reconnaître au point de vue macroscopique la limite véritable des thromboses variqueuses. Certains segments vasculaires sains en apparence, sont en réalité infiltrés de colonies microbiennes, car les travaux de MM. Widal et Vaquez ont bien mis en relief l'origine infectieuse des thromboses.

La question de l'anesthésie est importante à considérer : s'il s'agit, en effet, d'interventions partielles, de résections portant sur de petits segments vasculaires, il suffit de pratiquer des injections sous-cutanées de cocaïne le long du trajet des vaisseaux. Mais si la thrombose est étendue, des résections plus larges sont nécessaires, et il faut employer l'anesthésie générale qui permet une intervention plus complète. On peut alors extirper de grosses varices thrombosées avec les lambeaux cutanés sus-jacents.

Ces résections cutanées sont parfois nécessaires quand la peau, devenue flasque, atteinte profondément dans sa nutrition, a perdu sa tonicité et sa coloration normales. Il

devient alors indiqué de la réséquer en même temps que des paquets variqueux thrombosés. M. Schwartz en diminuant la surface cutanée « confectionne de la sorte un véritable bas naturel ». Le chirurgien, au cours de l'intervention, devra pincer toutes les collatérales saines et les lier soigneusement une à une avec un fil de catgut.

4° Résection totale des varices thrombosées

Avec les trois modes d'intervention précédents, le chirurgien ne vise qu'un seul but, empêcher l'embolie et limiter dans la mesure du possible la marche envahissante du processus de thrombose. Mais la plupart des chirurgiens actuels pratiquent d'une façon courante, la résection totale des veines malades, fussent-elles thrombosées. C'est une véritable intervention curative, car elle tend à supprimer d'une manière définitive la cause de tous les accidents.

C'est cette résection totale, employée aujourd'hui par tous les auteurs, dont nous avons vu maintes fois l'application dans le service de notre maître, M. le D^r Pothe-
rat à l'hôpital Broussais; notre maître a obtenu par ce procédé un certain nombre de guérisons définitives, dont plusieurs se sont maintenues, depuis une dizaine d'années.

Cette méthode permet, en effet, au malade d'éviter les longues périodes de repos nécessaires à son traitement, mais qui lui sont préjudiciables, quand il est tenu, du fait de sa situation sociale, à la station debout prolongée; d'autre part elle le met définitivement à l'abri d'une embo-

lie menaçante en supprimant d'une façon radicale le foyer de thrombose.

Nous décrirons ici la technique que nous avons vue maintes fois donner des succès entre les mains de notre maître M. le Dr Potherat. Nous allons à la racine du membre, mettons à nu la veine saphène, faisons la ligature du bout central, appliquons une pince hémostatique sur le bout périplénique. Nous sectionnons entre l'une et l'autre, puis poursuivons la dissection de la veine thrombosée, liant et réséquant sur une étendue suffisante les collatérales, si elles sont elle-mêmes thrombosées, réséquant aussi la peau qui recouvre la veine lorsque, ce qui est la règle, cette peau participe à l'inflammation du vaisseau et lui adhère intimement. Nous allons ainsi de proche en proche et de haut en bas de la racine du membre vers son extrémité, enlevant la veine principale et ses collatérales dans toute l'étendue où elle est accessible, c'est-à-dire dans sa presque totalité ou du moins dans toute l'étendue où elle est thrombosée, supprimant ainsi tout à la fois la peau malade, la veine définitivement et profondément altérée dans sa structure, le caillot enfin qui la remplit. Ce premier temps, temps principal d'ailleurs, accompli, il ne reste plus qu'à suturer par-dessus la tranchée ouverte dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, les deux lèvres de cette peau à l'aide de crins de Florence, d'agrafes de Michell ou de tout autre moyen usité en pareille matière. Un pansement aseptique, recouvert d'une épaisse couche d'ouate, est appliqué sur tout le membre et restera en place pendant toute une semaine. Au bout de ce temps, il sera renouvelé pour l'ablation des points de suture.

Ce deuxième pansement, dans l'immense majorité des cas, sera le dernier, car si l'opération a été bien conduite, si l'asepsie avait, pendant et après l'opération, été bien réalisée, il y aura une réunion par première intention et le malade sera guéri à la fin du premier septénaire. C'est ainsi que les choses se sont passées dans plusieurs de nos observations personnelles, et en particulier chez un homme atteint d'une thrombose totale de la veine saphène interne avec caillot remontant jusqu'à la crosse, au niveau même de l'endroit où après ligature préalable, on avait commencé la résection. Cette technique opératoire est, on le voit, des plus simples ; elle ne nécessite ni une aptitude chirurgicale bien grande, ni un arsenal considérable, ni un nombreux personnel, et on peut dire qu'elle est réalisable dans tous les milieux.

AVANTAGES DE L'INTERVENTION

L'intervention chirurgicale ainsi pratiquée est susceptible d'être érigée en principe et mérite de se généraliser de plus en plus, dans tous les cas de thrombose variqueuse bien caractérisée ou même soupçonnée.

La seule méthode vraiment curative consiste dans la résection totale des veines thrombosées, qui est nettement indiquée dans tous les cas où l'on rencontre le long des membres inférieurs des paquets variqueux volumineux, indurés, adhérents aux plans sous-jacents. Cette opération présente un certain nombre d'avantages que nous allons rapidement passer en revue. »

« Le traitement médical, dit M. Robineau dans sa thèse, est purement palliatif et malgré l'immobilisation et les liniments, les malades ne sont pas à l'abri des dangers. De plus la maladie est longue. Nous pouvons affirmer que par cette simple thérapeutique la guérison n'est jamais aussi rapide ni aussi franche que par l'extirpation des paquets variqueux thrombosés. »

Plusieurs observations rapportées dans la thèse de Mérieux ont trait à des thromboses variqueuses traitées par la mobilisation précoce. Mais on voit aisément que

dans la plupart de ces cas les œdèmes et la douleur persistaient encore deux mois environ ; ce fait marque bien l'infériorité de l'expectation systématique.

Dans aucun cas, au contraire, après la résection totale des varices thrombosées, on ne constate de troubles consécutifs d'une aussi longue durée ; on supprime la cause des embolies et l'on voit disparaître rapidement les œdèmes et les douleurs. Tous les opérés, ceux de M. Potherat, de Schwartz, de Quénu, M. Le Dentu, de Morestin, étaient, quatre à six semaines après l'intervention, en état de reprendre leurs travaux. On ne note ni raideur ni atrophie musculaire nécessitant un traitement de douches, bains et massages, de quelques semaines.

Par contre, il est rare que le malade, après avoir été immobilisé un ou deux mois, soit apte à reprendre sa vie normale. Or, tout le monde sait l'importance de la durée du traitement chez les malades obligés de travailler.

La qualité des guérisons post-opératoires n'est pas moins remarquable, on ne note pas le moindre reliquat de douleur pendant la marche ou la station debout. pas la moindre induration locale qui tarde à se dissoudre.

Ajoutons à cela que l'opération est prévoyante et préventive des troubles inflammatoires et trophiques. Les travaux de MM. Vidal et Vaquez, ont en effet, montré l'origine infectieuse des thromboses ; les varices constituent donc un point d'appel pour la localisation microbienne, et quand l'infection a frappé l'endothélium veineux, elle s'y installe avec ténacité. L'intervention, en extirpant d'une façon radicale le foyer de thrombose, permet de supprimer

le danger d'une embolie mortelle et d'arrêter dans sa marche le processus infectieux.

L'opération est absolument légitime; bien exécutée, jamais elle n'a été suivie du moindre accident, de la moindre complication locale ou générale. De plus, la suppression des troncs veineux principaux n'empêche pas la circulation de retour de s'effectuer par de larges veines collatérales.

La saphénectomie, partielle ou totale, constitue donc à l'heure actuelle une intervention très bénigne, puisque M. Robineau n'a rencontré aucun insuccès au cours des opérations qu'il cite dans sa thèse, MM. Verneuil et Ricard rapportent à ce sujet des résultats absolument probants. Nos faits personnels ne le cèdent en rien, bien au contraire à ce point de vue, aux observations des auteurs que nous venons de citer.

Si l'on considère la bénignité de l'opération eu égard aux accidents qu'elle permet d'éviter au malade, on voit que c'est l'intervention de choix au cours des thromboses variqueuses du membre inférieur.

Autrefois, avant la période d'asepsie chirurgicale, il était permis d'hésiter, car l'infection opératoire, se propageant le long des troncs veineux, aurait abouti rapidement à une septicémie mortelle. Mais, actuellement, le clinicien doit armer à temps la main du chirurgien et se faire un devoir d'assurer à son malade, aussitôt posé le diagnostic de thrombose variqueuse, le bénéfice d'une intervention précoce et bien conduite.

En effet, il n'y a pour ainsi dire pas de comparaison à établir entre cette guérison réalisée en un si court espace de temps et celle qui découle quand encore elle se fait, d'une immobilisation prolongée pendant des mois, parfois même des années.

INDICATIONS DE L'INTERVENTION

Il est nécessaire de bien faire la démarcation entre les malades justiciables de l'intervention et ceux chez qui elle serait nuisible. Le clinicien devra donc avant l'opération, se rendre compte de l'état général de son malade et examiner avec soin le membre variqueux.

Prenons par exemple un homme d'âge moyen, de quarante à soixante-dix ans environ. Il se présente au chirurgien porteur de varices volumineuses recouvrant toute la longueur des saphènes avec l'embouchure de leurs collatérales, mais non le tronc de ces collatérales elles-mêmes. Sous l'influence d'un effort, d'une fatigue un peu intense, de la station debout prolongée, les dilatations variqueuses ont augmenté considérablement de volume : de plus elles sont indurées, épaissies, elles deviennent le siège de coagulations et de thromboses. A la palpation, on éprouve une sensation de dureté spéciale et d'infiltration des couches musculaires du mollet, infiltration qui coïncide d'ailleurs avec l'existence de varices profondes. Le malade présente une pigmentation noirâtre de la peau sur le trajet des veines thrombosées.

Celui-ci ayant épuisé vainement toutes les ressources du traitement médical, demande instamment à être débar-

rasé de ces varices : l'indication se pose d'une façon d'autant plus pressante chez un malade obligé de travailler.

L'intervention se trouve donc pleinement indiquée chez les malades d'âge moyen, entre vingt et soixante ans, dès qu'ils présentent des varices assez volumineuses. Celles-ci, pour être facilement enlevées, doivent se montrer autant que possible très limitées, très circonscrites, et ne pas envahir en surface toute la périphérie du membre malade, ce qui rendrait très difficile, sinon impossible, la dissection des paquets variqueux.

Il faut en outre que la circulation cutanée soit bien assurée au niveau du membre malade et qu'il n'y existe pas d'ulcère. « Les indications de la phlébectomie, dit M. Reymond, sont plus étendues qu'on n'a voulu le considérer jusqu'à ce jour. Elle doit être appliquée dans beaucoup de cas regardés encore comme justiciables du traitement médical : elle doit remplacer toutes les opérations telles que ligature, incision des abcès phlébitiques, etc. » La cause quelle qu'elle soit, ne constitue jamais une contre-indication.

Les sujets présentant déjà des troubles névritiques et des altérations trophiques sont beaucoup moins favorables on peut cependant les opérer, mais il faut faire des réserves sur le résultat, car l'existence de troubles trophiques de la peau retarde beaucoup la cicatrisation de la plaie.

Il est important, au point de vue de l'état général, de s'assurer du fonctionnement normal des principaux vis-

cères avant d'intervenir, il faut en particulier examiner les urines et ausculter avec soin le cœur et les poumons.

Si l'on a affaire à un homme dont les organes sont en bon état, qui n'a jamais présenté de lésions valvulaires du cœur ou de faiblesse du côté de l'appareil respiratoire, il ne faut pas lui refuser les bénéfices de l'opération, qui fera disparaître chez lui la possibilité d'embolies mortelles et lui permettra de reprendre son travail s'il s'agit d'un malade peu aisé.

Il faudra examiner en outre si aux dilatations variqueuses n'est pas liée une insuffisance fonctionnelle du myocarde résultant d'une lésion valvulaire ou de toute autre cause. Si on observe que les varices thrombosées s'accompagnent d'œdème et d'empâtement douloureux sur tout le trajet du membre inférieur, on pourra intervenir, mais le chirurgien devra alors recommander à son malade un certain nombre de soins élémentaires post-opératoires. Entre autres, ce dernier pendant quelques semaines, roulera autour du membre malade une bande de caoutchou souple ou de préférence de crêpe Velpeau, pour diminuer un peu l'œdème et amener une compression uniforme du membre lésé ; pendant quelques jours, il le maintiendra horizontal par le repos au lit pour combattre la stase sanguine trop accentuée, puis en reprenant son existence normale, veillera à se donner un exercice modéré, de façon à favoriser la circulation de retour dans les membres inférieurs.

CONTRE-INDICATIONS DE L'INTERVENTION

Nous avons vu, par l'étude qui précède, les conditions dans lesquelles un malade, porteur de varices thrombosées, peut retirer d'une intervention précoce et bien conduite, le maximum de bénéfices. Il nous reste maintenant à examiner les circonstances où l'abstention est de règle, où l'opération n'apporterait au malade qu'un soulagement passager et pourrait même lui être préjudiciable.

Les contre-indications de l'opération sont tirées les unes de l'examen local du malade, d'autres de l'état général.

Il est évident, au premier point de vue, que l'on devra s'abstenir de pratiquer toute intervention sur des malades qui présentent des lésions étendues ou ulcéreuses.

Dans un autre ordre d'idées, il ne faudrait pas opérer de petites dilatations variqueuses qui resteraient localisées au coup de pied ou dans la région du talon, qui, en un mot, n'empièteraient pas sur le trajet jambier de la saphène. Dans de telles interventions, en effet, le chirurgien ne pourrait circonscrire, en quelque sorte, les limites de la zone à réséquer, et en réalité, un traitement hygiénique bien institué convient mieux à des cas de ce genre que l'intervention la mieux comprise.

La contre-indication la plus impérieuse est constituée par l'étendue même de la phlébite à un grand nombre de veines,

et en particulier, aux veines profondes. La *phlegmatia alba dolens* est le type de la forme devant laquelle on reste impuissant. En pareil cas, il faut, avant tout, instituer un traitement hygiénique basé sur l'immobilisation complète du membre malade pendant quelques semaines. Ce n'est qu'après la chute de la température et la disparition complète du processus inflammatoire que le malade sera autorisé à reprendre son existence normale.

Nous avons étudié les contre-indications commandées par l'examen local ; il nous faut envisager maintenant celles qui dépendent de l'état général du malade. Il est évident que s'il se présente de la tuberculose pulmonaire avancée ou une lésion cardiaque à la période d'asystolie, cette dernière affection pouvant s'accompagner de stase veineuse, il faudra renoncer à intervenir. Dans ces cas, en effet, comme dans les précédents, la résection des thromboses variqueuses superficielles n'empêcherait pas le processus de s'étendre et les mêmes dangers menaceraient toujours le malade.

Nous passerons encore en revue les contre-indications commandées, soit par un état physiologique comme la grossesse, soit par certaines diathèses.

La grossesse n'est plus une contre indication absolue. Dans deux cas, M. Quénu intervint chez des femmes enceintes ; le résultat fut excellent et la grossesse continua. Mais, si certains malades supportent des interventions sans avorter, d'autres, au contraire, expulsent leur fœtus au moindre accident.

Il serait donc bon avant d'intervenir, de s'enquérir des accidents concernant les grossesses antérieures.

S'il y a eu des fausses couches auparavant, mieux vaut attendre. Pourtant, au moindre signe de complication, il n'y a plus à hésiter, il faut pratiquer la phlébectomie, pour sauvegarder avant tout la vie de la mère. L'intervention est surtout indiquée au début ; à la fin de la grossesse, au contraire, mieux vaut différer.

Les albuminuriques légers, qui ont un bon état général, peuvent supporter une intervention. Le chirurgien peut la faire précéder d'un régime spécial pendant quelques jours s'il n'était déjà institué.

Il en va tout autrement chez les malades en éminence d'urémie, chez les cachectiques ou chez ceux qui ont une albuminurie grave. Ceux-là doivent être respectés, car les résultats opératoires seront désastreux.

Les diabétiques fournissent également un contingent notable de contre-indications à la cure radicale des thromboses variqueuses.

C'est ainsi qu'il faudra opérer les diabétiques gras d'origine arthritique, leur état général étant bon. Par contre, on ne devra pas intervenir chez les diabétiques maigres, qui se cachectisent, présentent en même temps de l'albumine et qui sont à la merci du moindre accident, car dans ces conditions les résultats pourraient être meurtriers.

RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Pour juger des résultats des diverses interventions que nous aurons exposées dans l'un des précédents chapitres, reportons-nous aux rapports très documentés, déposés par les membres du Congrès de chirurgie de Paris (1910). Nous en esquisserons ensuite l'étude critique.

M. Tavel de Berne, préconise la ligature du tronc saphène au niveau du triangle de Scarpa, c'est-à-dire à son embouchure ; il pratique, en outre, la thrombose artificielle des ampoules variqueuses, au moyen d'injections d'acide phénique à 5/100.

Sur 38 cas opérés par sa méthode, une seule fois le résultat a été absolument nul. Il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans opérée en 1904, et se trouvant en état de grossesse. Malgré de nombreuses injections d'acide phénique il ne se produisit pas de thrombose complète et déjà, vers la fin de la grossesse, les veines étaient partout de nouveau perméables ; opérée en 1910, le résultat a été bon.

M. Léon Bérard, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Lyon, a obtenu de l'intervention précoce de très beaux résultats. Il a opéré 55 malades avec succès. Dans 5 de ces cas, peu après l'opération, se manifestèrent des poussées

de phlébite localisée, avec des empâtements perceptibles au voisinage des paquets excisés, avec une élévation de température toujours inférieure à 38 degrés. Ces thromboses ont retardé la guérison de vingt à quarante-cinq jours; elles représentent une complication minime, puisque toujours la saphène a été liée à son origine et qu'ainsi les embolies ont peu de chance de gagner les veines iliaques.

Le même auteur a pratiqué sur 14 malades la saphénectomie totale, et a obtenu la guérison au bout d'un temps variable de quinze à trente-cinq jours. Ce furent surtout des menaces de phlébite localisée dans les veines variqueuses restantes, sans élévation notable de température est sans réaction générale, qui retardèrent la convalescence. La marche était facilement reprise au bout de cinq à six semaines.

M. Alexandri de Rome, intervient d'une façon précoce, dès le début de la thrombose. Pour cet auteur, en effet, il existe à côté des larges interventions sanglantes, d'autres plus simples, pouvant être examinées d'autant mieux que parfois le malade se prête difficilement à une immobilisation de longue durée, comme celle que comporte la saphénectomie totale.

Il s'agit ici d'une opération minime, pouvant être pratiquée avec l'anesthésie locale et n'exigeant que quelques minutes. Le chirurgien fera une petite incision à la face interne de la cuisse, puis une résection de la saphène interne entre deux ligatures; il devra poser, bien entendu des fils de catgut sur l'embouchure des collatérales. Enfin il injectera dans le bout périphérique de la veine

sectionnée 40 à 50 centimètres cubes de solution iodo-iodurée à 1/100.

On agit ainsi sur le tout le réseau veineux périphérique, et dans les jours suivants, on observe une thrombose diffuse des veines superficielles, qui est suivie de l'organisation et de la guérison des varices.

L'auteur n'a jamais observé aucun inconvénient par la méthode précédente dite méthode de Schiassi ; parfois, seulement, une légère albuminurie pendant les deux ou trois premiers jours, et obtient toujours une guérison parfaite.

M. Reymond, chirurgien de la maison départementale de Nanterre, nous apporte sa statistique ; il nous montre les inconvénients de la temporisation quand on se trouve en présence des thromboses variqueuses.

« Nous avons vu au cours de ce traitement, dit M. Reymond, survenir des embolies mortelles ; il laisse trop souvent un membre important ; il ne garantit nullement des récidives et 3 de nos opérés avaient déjà eu des phlébites longuement soignées par l'immobilisation et la méthode médicale.

Dans aucun des 15 cas où nous sommes intervenu, nous n'avons eu à nous repentir.

Les 15 malades présentaient tous, non seulement les symptômes locaux de la phlébite, mais un état général plus ou moins accusé et une température variable entre 38 degrés et 40 degrés.

Un des opérés, vieillard de soixante-quatorze ans : cachectique, vit sa phlébite survenir au cours de phénomènes d'infection générale qui élevaient sa température à 39°5

La température redevint normale pendant plusieurs jours après l'opération ; puis les phénomènes généraux réapparaurent et le malade mourut deux mois après.

Chez les 14 autres malades, la guérison fut définitive. Dans les cas où la phlébite survint au cours d'une infection générale, les phénomènes de celle-ci furent toujours atténués du fait de l'opération. Chez une malade atteinte d'infection puerpérale, ayant 48 degrés de température, on enleva un paquet phlébitique au niveau de la cuisse ; or, elle n'avait que 37°5 le lendemain de l'opération et guérit de son infection puerpérale.

M. Paul Delbet de Paris, nous apporte une série de cas intéressants. Il résèque les paquets thrombosés pour éviter la récurrence et les douleurs persistantes, mais seulement après refroidissement de l'inflammation. En cas de phlébite à marche ascendante, il n'hésiterait pas à faire une résection à distance pour prévenir l'extension du processus, mais n'a jamais eu l'occasion d'intervenir dans ces conditions. Il pratique assez fréquemment la ligature étagée de la saphène.

M. Durand, chirurgien des hôpitaux de Lyon, considère comme indispensable les saphénectomies larges, partielles. Il pratique l'ablation des 8 derniers centimètres de la saphène à la base du triangle de Scarpa, la résection au niveau du condyle interne du fémur, l'ablation de la saphène et de ses affluents variqueux dans tout le territoire jambier.

Les résultats éloignés sont favorables : sur les 49 malades opérés par M. Durand, cette auteur compte 10 observa-

tions dont 7 ont été revues à divers intervalles. Il faut citer deux échecs complets, dont l'un chez un malade atteint de fracture ancienne de la colonne vertébrale avec troubles trophiques, l'autre chez une femme dont les jambes présentaient des troubles trophiques graves. Les 5 autres ont de bons résultats, ont repris leur travail sans trouble et n'accusent ni récédive, ni complications. Ces guérisons datent respectivement de trois ans, huit mois, huit mois, sept mois et trois mois.

Dans nos observations, nous avons remarqué que les résultats étaient très favorables. Meilleurs même que ceux que nous venons de signaler puisque nous n'avons observé aucune complication et que la guérison *per primam* a été obtenue dans presque tous les cas. Peu de temps, trois à quatre semaines, après l'intervention, les malades reprenaient leur existence normale, et chez plusieurs de ces malades, le résultat fonctionnel s'est maintenu bon.

On voit par l'ensemble de ces statistiques quels résultats remarquables le chirurgien peut obtenir dans la cure radicale des thromboses variqueuses. Il convient d'intervenir de bonne heure, sans attendre que les varices soient le siège de ruptures ou d'ulcérations, et d'enlever les paquets variqueux thrombosés jusqu'au delà des limites du mal.

La résection totale des varices thrombosées constitue en effet, le procédé opératoire qui a donné les meilleurs résultats. Les résultats immédiats sont d'ordinaire excellents ; l'anesthésie locale permet lorsqu'il s'agit de paquets très circonscrits, d'éviter au malade les risques de la diloroformisation. Au bout de vingt et un jours, s'il ne se pro-

duit pas de suppuration, le malade peut quitter l'hôpital. La mortalité opératoire est nulle, et dans la majorité des cas, les suites immédiates de l'intervention se montrent favorables.

Les résultats éloignés des interventions pratiquées pour thromboses variqueuses sont assez malaisés à établir ; la clientèle hospitalière, en effet, se prête mal à cette statistique, il est rare que les malades viennent revoir le chirurgien qui les a opérés. Les résultats obtenus par M. Potherat et par d'autres auteurs se passent de commentaires et sont tout à fait remarquables.

M. Durand nous présente également une série de sept malades revus après un espace de temps variable de sept mois à trois ans, et qui, tous, ne portent plus trace de leurs thromboses variqueuses, antérieures à l'opération. Il est évident qu'une résection bien faite, ayant extirpé les paquets variqueux bien au delà des limites de la thrombose, donnera bien souvent une guérison définitive, si le malade veut bien se soumettre pendant quelques semaines à la compression uniforme du membre variqueux et n'exécuter qu'un travail modéré. C'est à cette seule condition qu'on peut prononcer le mot de cure radicale et affirmer la guérison des thromboses variqueuses.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée, personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le Dr Potherat,
à l'hôpital Broussais)

Homme de quarante et un ans, exerçant la profession pénible de déménageur. Admis salle Follin, le 20 février 1906 : il présente une phlébite avec thrombose s'étendant depuis le mollet jusqu'à la racine de la cuisse du côté droit. Une traînée de couleur bronzée dessine sur la peau le trajet de la veine; celle-ci forme un cordon dur, saillant depuis la partie inférieure des mollets jusqu'au triangle de Scarpa.

État général bon, le malade présente de la fièvre surtout le soir.

On enveloppe le membre savonné avec beaucoup de précaution de compresses humides recouvertes d'un taffetas gommé et qu'on renouvelle chaque jour matin et soir. Ce pansement a pour but accessoire d'atténuer l'inflammation et pour but principal de préparer l'asepsie du champ opératoire. Celle-ci étant suffisamment réalisée, cinq jours après l'admission du malade, M. Potherat procède à l'opération de la manière suivante.

Anesthésie générale, ligature de la veine saphène au contact même du ligament d'Allan Burns, puis section au-dessous d'une pince hémostatique fermant le bout inférieur. On s'aper-

çoit alors que les parois de la veine sont très épaisses et que la ligature a porté sur un caillot s'étendant jusqu'à l'embouchure de la veine. La veine est ensuite de haut en bas, avec la peau qui la recouvre et qui adhère, détachée de proche en proche. Les collatérales sont liées au fur et à mesure qu'elles sont rencontrées, et la résection est ainsi poursuivie jusqu'en un point situé à environ trois travers de doigt au-dessus de la malléole interne.

Réunion des lèvres de la plaie avec crins de Florence de place en place, et agrafe de Michell dans l'intervalle. Pansement sec, aseptique, ouaté et compressif, comprenant le pied, la jambe, le genou et la cuisse jusqu'à la racine. Au bout de huit jours, les fils sont enlevés, il y a une réunion complète, et un mois après son entrée le malade quitte l'hôpital complètement guéri et reprend immédiatement ses occupations.

OBSERVATION II (Résumée personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le D^r Potherat).

Homme, de soixante-trois ans, exerçant la profession de marchand des quatre saisons, admis le 19 mars 1906, salle Follin.

Cet homme déjà âgé, et fatigué, et alcoolique, présente des varices très étendues aux deux membres inférieurs. Ces varices sont fort anciennes et si elles le conduisent aujourd'hui à l'hôpital, c'est qu'il est survenu des douleurs très vives dans le mollet et la cuisse gauche, qui empêchent le malade de se livrer à ses occupations. Il existe, en effet, à ce niveau, une phlébite thrombotique de la veine saphène interne ayant son maximum d'intensité au niveau du mollet et à la face interne du

genou avec induration remontant au tiers inférieur de la cuisse. Après une préparation semblable à celle que nous avons indiquée à l'observation I, le malade est opéré trois jours après son admission, le 22 mars. La phlébectomie est appliquée à la totalité de la saphène depuis sa partie supérieure jusqu'au-dessous du mollet, ainsi qu'à plusieurs branches collatérales formant un lacis sur ce mollet.

Suture et pansement aseptique, suites des plus simples et dix-huit jours après l'opération le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION III (Résumée personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le Dr Potherat)

Demoiselle, vingt et un ans, domestique, entre à l'hôpital, salle Broca, le même jour que le précédent malade.

Elle porte à la base du mollet, du côté gauche et à la face interne du genou, un gros lacis veineux qui existe depuis plusieurs années, mais qui, depuis quelques jours, est devenu tendu, rouge et douloureux. Il s'agit manifestement d'un foyer de phlébite variqueuse avec thrombose. Après trois jours de nettoyage et de pansements humides, la malade est opérée sous l'anesthésie générale par phlébectomie. La résection veineuse porte sur la saphène interne depuis un point situé à trois travers de doigt au-dessous du condyle interne du fémur jusqu'à un autre répondant au milieu du mollet.

Suture, pansement aseptique, ouaté, compressif aucun accident, vingt-deux jours après l'opération, la malade quitte l'hôpital elle est guérie.

OBSERVATION IV (Résumée, personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le Dr Potherat.)

Homme, cinquante-quatre ans, cuisinier, entre salle Follii, le 2 octobre 1909. Varices des deux membres inférieurs ; phlébite avec thrombose de la saphène interne au côté droit ; au niveau de la cuisse il existe un autre foyer isolé sur le mollet. Après trois jours de préparation, le malade subit sous l'anesthésie générale la résection de la presque totalité de la veine saphène.

Suites très simples, réunion par première intention ; le malade quitte l'hôpital un mois exactement après l'opération complètement guéri.

OBSERVATION V (Résumée, personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le Dr Potherat.)

Homme de soixante-six ans, journalier, entre à l'hôpital le 12 novembre 1909.

Cet homme porte des varices aux deux membres inférieurs, mais il a été pris il a quelques jours de phlébite avec thrombose au niveau du mollet gauche, au genou et au tiers inférieur de la cuisse. Après trois jours de préparation, il est endormi, et M. Potherat pratique la résection de la veine saphène interne depuis la racine du membre jusqu'au dessous du mollet. La résection porte sur quelques collatérales envahies au niveau du mollet.

Vingt-huit jours après cette opération, le malade qui ne présente aucun accident quitte l'hôpital Broussais totalement guéri.

OBSERVATION VI (Résumée, personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le Dr Potherat.)

Femme trente-deux ans, cartonnrière, entre à l'hôpital le 24 février 1910.

Phlébite variqueuse avec thrombose occupant toute la partie de la saphène qui répond au mollet avec envahissement de plusieurs branches collatérales. La malade ayant grand besoin de soins de propreté n'est opérée que cinq jours après admission ; le 1^{er} mars. anesthésie jusqu'au-dessous du mollet ainsi que des branches collatérales envahies.

22 mars. — La malade quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION VII (Résumée, personnelle)

Femme de vingt-quatre ans, domestique, entre à l'hôpital le 6 juin 1910, présente un foyer de phlébite variqueuse à la base du mollet gauche, foyer qui mesure environ 6 centimètres d'étendue. Après trois jours de préparation, anesthésie générale, et résection de la saphène interne depuis le milieu de la cuisse jusqu'au-dessous du mollet.

Les suites opératoires sont très simples. La réunion a seulement manqué en quelques points très superficiels et la malade complètement guérie quitte l'hôpital trente-six jours après l'opération.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

(Due à l'obligeance de notre maître, M. le Dr Potherat.)

Malade âgée de trente-neuf ans, passée de médecine en chirurgie, à l'asile de Notre-Dame-de-Bon-Secours, le 11 juin 1907.

Cette malade eut il y a trois ans une phlébite de la veine saphène. Au côté gauche; elle fut opérée par M. Alglave à la Pitié où on lui réséqua le paquet douloureux.

Elle souffrit encore par instants de son mollet gauche; mais les douleurs étaient supportables, lorsqu'il y a deux mois, elle dut de nouveau s'aliter, une nouvelle phlébite s'étant déclarée. Après ce temps une intervention est décidée.

11 juin. — Chloroformisation; il existe au niveau de la face interne du genou gauche, un paquet de varices enflammées prête à s'ulcérer, dures sous le doigt. Ligature supérieure de la veine, puis résection du paquet qui contient plusieurs caillots, organisés, extrêmement durs. Suture aux crins de Florence.

Réunion par première intention: la malade sort guérie le 27 juin 1907.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Due à l'obligeance de M. le Dr Potherat.)

Femme âgée de cinquante-six ans, entrée le 16 janvier 1908 à l'hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours.

La malade est atteinte de varices depuis au moins quinze

ans; un paquet variqueux est devenu particulièrement douloureux à la jambe droite, à la partie supéro-interne et vers le 1^{er} janvier se transforma en un foyer de phlébite avec douleur, chaleur, gêne fonctionnelle.

18 janvier. — Chloroformisation. Extirpation du paquet variqueux entre deux ligatures; la veine est dure en tuyau de pipe considérablement dilatée et contient de nombreux caillots, toute la région, peau et tissu cellulaire, est enflammée, indurée, la veine est adhérente.

Suture de la peau aux crins de Florence; réunion par première intention.

La malade est sortie guérie le 4 février 1908.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Dr Potherat.)

Malade âgée de trente ans, opérée le 22 janvier 1908 à l'hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours.

Cette malade est atteinte de varices depuis plusieurs années, à la face interne de la jambe gauche, un paquet variqueux est devenu douloureux, enflammé, il y a là un foyer de phlébite. Après avoir gardé le lit quelques jours, la malade se décide à une intervention.

22 janvier. — Chloroformisation. Dissection et extirpation du paquet variqueux enflammé, très adhérent aux tissus circonvoisins, entre deux ligatures en catgut.

Suture de la peau aux crins de Florence. Réunion par première intention.

CONCLUSIONS

1° Parmi les nombreux accidents auxquels exposent les varices des veines saphènes, l'un des plus graves est, sans conteste, l'inflammation avec thrombose.

2° Cette thrombose expose les malades à la mort par embolie. En dehors même de cette funeste éventualité, elle exige pour arriver à la guérison un très long repos, des soins multiples et variés.

3° Faire disparaître les dangers de mort par embolie, abréger la durée du traitement, constituent deux desiderata essentiels de la thérapeutique de cette complication.

4° La ligature simple, les ligatures multiples peuvent obvier aux risques d'embolie. Elles n'abrègent pas sensiblement la durée du traitement de la thrombose variqueuse. Des ligatures avec résection partielle sont un peu plus efficaces, mais encore insuffisantes à donner le résultat cherché.

5° Celui-ci est obtenu, à coup sûr, par l'ablation totale ou presque totale de la saphène thrombosée, avec ou sans résection des collatérales, suivant qu'elles sont malades ou saines.

6° La saphénectomie totale ou subtotale peut et doit se

faire sans recourir aux ligatures en étages. Elle fait disparaître immédiatement, le vaisseau malade, le caillot qu'il contient, les tissus circonvoisins atteints par l'inflammation. Elle supprime donc ipso facto tout danger d'embolie. Bien exécutée, elle permet, grâce à la réunion *per primam* d'obtenir la guérison en quelques jours. Elle abrège donc considérablement la durée du traitement.

7° Supprimant totalement le vaisseau malade, elle met le sujet à l'abri de toute récurrence; elle rentre dans l'adage : *sublata causa tollitur effectus*. Elle est donc nettement curative et réalise vraiment la cure radicale.

8° Très facile dans son exécution, très bénigne dans ses résultats, il n'y a guère de contre-indications à son emploi que celles résultant d'un mauvais état général du sujet. La phlébite avec thrombose étendue aux multiples troncs, qui serpentent sur le mollet n'est pas un obstacle à l'intervention; l'inflammation des veines profondes constitue une contre-indication formelle.

9° Il résulte de cette étude que l'opération de choix est la saphénectomie sur tout le trajet des veines thrombosées; cette intervention devra être précoce, enlever tout le segment variqueux, et dans ce cas, elle pourra, comme dans toutes nos observations amener la guérison du malade.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse,
P. SEGOND

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Comptes-rendus du congrès français de chirurgie 1910.
- 1889 BROCA (A.). — Revue de chirurgie (phlébite variqueuse).
- 1890 QUÉNU. — Traité de chirurgie Duplay-Reclus, t. II.
MONTAZ. — Cure radicale des varices (Dauphiné médical).
CERNÉ. — Bulletin de la Société de chirurgie de 1890.
- 1892 CHARRADE — De la ligature de la saphène dans le traitement des varices. Thèse de Paris.
CHALOT. — De la ligature de la saphène interne. Thèse de Toulouse.
- 1893 CORDEBART. — Phlébite variqueuse. Thèse de Paris.
- 1898 SCHWARTZ. — Congrès français de chirurgie, 1898.
GUÉRITEAU. — Phlébite variqueuse. Thèse de Paris.
ROBINEAU. — Traitement chirurgical des phlébites. Thèse de Paris.
- 1902 SAGOT. — Phlébite variqueuse de la saphène et de ses branches. Thèse de Paris.
- 1903 ETIENNE. — Phlébectomie dans les phlébites variqueuses. Thèse de Paris.
- 1906 TERRIER et ALGLAVE. La saphénectomie totale. (Revue de chirurgie, juin-juillet 1906).
- 1907 SCHWARTZ. — Traité de chirurgie Le Dentu Delbet, t. IV.
- 1909 COUTHON. — Traitement des ulcères variqueux. Thèse de Paris.

